

Programa para Dejar el Tabaco

Consentimiento para el Tratamiento

Miembros del Plan de Salud

Expectativas del Programa

- ✓ Participar en una evaluación inicial y, como mínimo, asistir a 10 de 12 sesiones de modificación del comportamiento grupales o individuales.
- ✓ Para obtener los medicamentos para dejar el tabaco, ya sean con receta o sin receta, debo asistir a **10 de las 12** sesiones e informar al líder del grupo por lo menos una semana **antes** de que necesite un resurtido.
- ✓ Me han informado y entiendo los efectos secundarios vinculados a los medicamentos para dejar el tabaco.
- ✓ Si uso medicamentos para dejar el tabaco, informaré cualquier efecto secundario a mi proveedor de atención primaria y al educador de la salud.
- ✓ Si uso medicamentos para dejar el tabaco, acepto no compartir este medicamento con ninguna otra persona.
- ✓ Con la ayuda del educador de la salud, desarrollar un plan de abstinencia que incluya la prevención de recaídas.
- ✓ Para prevenir una recaída y recibir el material de motivación, participaré en una encuesta de seguimiento después de la finalización del tratamiento.
- ✓ Para ayudar con mi tratamiento para dejar el tabaco y obtener los medicamentos, autorizo la divulgación de los registros para dejar el tabaco a mi médico de atención primaria.
 - He leído y entiendo la información suministrada en este documento.
 - Como paciente del Programa para Dejar el Tabaco, acepto de forma voluntaria participar en el programa y seguir las pautas previstas.
 - Entiendo que puedo suspender o retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.
 - La admisión en este programa no le otorga un poder a UnitedHealthcare.
 - Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor de UnitedHealthcare.

Firma del Paciente

Fecha